

Анкета застрахованного лица

Заполняется застрахованным лицом **печатными буквами**.

Фамилия	_____
Имя	_____
Отчество	_____
Пол	_____ (м / ж)
Дата рождения	_____
Место рождения:	
город (село, дер., ...)	_____
район	_____
область (край, респ., ...)	_____
страна	_____
Гражданство	_____
Адрес постоянного места жительства	
Адрес	индекс _____
регистрации	адрес _____

Адрес места жительства фактический	индекс
	адрес

	(заполнять при отличии от адреса регистрации)
Телефоны	_____
	(домашний и/или рабочий)
Документ, удостоверяющий личность	
Вид документа	_____
	(указать название документа: паспорт, удостоверение личности и др.)
Серия, номер	_____
Дата выдачи	_____
Кем выдан	_____

Дата заполнения

Личная подпись

застрахованного лица
